

**НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ УКРАЇНИ
«КИЇВСЬКИЙ ПОЛІТЕХНІЧНИЙ ІНСТИТУТ імені ІГОРЯ СІКОРСЬКОГО»
ФАКУЛЬТЕТ БІОМЕДИЧНОЇ ІНЖЕНЕРІЇ
КАФЕДРА БІОБЕЗПЕКИ І ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ**

«До захисту допущено»

Завідувач кафедри

_____ І.Ю.Худецький

«__» _____ 2019 р.

**Дипломна робота
на здобуття ступеня бакалавра
напряму підготовки 6.010203 «Здоров'я людини»
(227 «Фізична реабілітація»)
на тему: «Особливості фізичної реабілітації при гепатиті А»**

Виконав: студент 4 курсу, групи БР – 52

Лагеза Денис Віталійович

(підпис)

Керівник _____ Доц., к.п.н., доц.Бочкова Н.Л.

(підпис)

Консультант Охорона праці зав.каф. ББЗЛ, професор, д.м.н.,
Худецький І.Ю.

(підпис)

Рецензент доцент кафедри фізичного виховання,

(підпис)

Нормоконтроль доцент, к.т.н., доцент Антонова-Рафі Ю.В.

(підпис)

Засвідчую, що у цій дипломній роботі
немає запозичень з праць інших авторів
без відповідних посилань.

Студент _____

(підпис)

Київ – 2019

РЕФЕРАТ

Тема дипломної роботи: “ Особливості фізичної реабілітації при гепатиті А”.

Обсяг роботи становить 54 сторінки, містить 1 рисунок та 1 таблицю.

Метою дослідження є розробка програми фізичної реабілітації хворих на гепатит А.

Завданнями дослідження є:

- надати клініко-морфологічну характеристику гепатиту А за даними наукової літератури
- розкрити особливості фізичної реабілітації при гепатиті А
- розробити програму фізичної реабілітації хворих на гепатит А.

В роботі представлено огляд літератури з обраної теми, наведені основні характеристики гепатиту А – етіологію, симптоматику, форми. Розглянуті основні положення фізичної реабілітації хворих на гепатит А, надані методи дослідження. За результатами дослідження визначені особливості комплексної фізичної реабілітації при гепатиті А, описані методи та засоби фізичної реабілітації при гепатиті А. За результатами дослідження розроблена програма фізичної реабілітації хворих на гепатит А, що базується на поєднанні методів та засобів фізичної реабілітації, завдяки чому скорочується термін та покращується якість відновлення хворих.

Ключові слова: гепатит А, дієтотерапія, лікувальна фізична культура, масаж, фізіотерапія, фізична реабілітація.

ABSTRACT

Theme of the thesis: "Features of physical rehabilitation in hepatitis A". The volume of work is 54 pages, contains 1 figures and 1 tables. The purpose of the study is to develop a program for physical rehabilitation of patients with hepatitis A. The objectives of the study are:

- to provide clinical and morphological characteristics of hepatitis A according to the data of scientific literature
- to reveal the features of physical rehabilitation in hepatitis A.
- develop a program for physical rehabilitation of patients with hepatitis A.

The paper presents a review of the literature on the chosen topic, highlights the main characteristics of hepatitis A - etiology, symptomatology, and forms. The basic provisions of physical rehabilitation of patients with hepatitis A are given, the research methods are given. According to the results of the study, the features of complex physical rehabilitation in hepatitis A were determined, the methods and means of physical rehabilitation for hepatitis A were described. According to the results of the study, the program of physical rehabilitation of patients with hepatitis A was developed, which is based on a combination of methods and means of physical rehabilitation, thus reducing the time and improving the quality of recovery of patients.

Key words: hepatitis A, diet therapy, medical physical training, massage, physiotherapy, physical rehabilitation.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
Список умовних скорочень.....	6
РОЗДІЛ 1. АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ.....	7
1.1 Загальна характеристика гепатиту А.....	7
1.1.1 Етіологія гепатиту А.....	8
1.1.2 Форми гепатиту А.....	12
1.2 Основні положення фізичної реабілітації хворих на гепатит А.....	19
РОЗДІЛ 2 МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	24
2.1 Методи дослідження.....	24
Висновки до розділу 2.....	25
РОЗДІЛ 3 РЕЗУЛЬТАТ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	26
3.1 Особливості комплексної фізичної реабілітації при гепатиті А.....	26
3.1.1 Лікувальна фізична культура.....	27
3.1.2 Фізіотерапевтичні методи.....	31
3.1.3 Масаж при гепатиті А.....	33
3.1.4 Дієтотерапія.....	34
3.2 Програма фізичної реабілітації при гепатиті А.....	39
3.2.1 Поліклінічний режим.....	41
Висновок до розділу 3.....	43
РОЗДІЛ 4. ОХОРОНА ПРАЦІ В ГАЛУЗІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ....	44
4.1 Вимоги з охорони праці при роботі в кабінеті ЛФК	44
4.2.Інструкція з охорони праці при роботі в кабінетах лікувальної фізкультури.....	45
ВИСНОВКИ.....	49
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	50

ВСТУП

Актуальність теми. Гепатит А - гостре циклічне інфекційне захворювання, викликане вірусом гепатиту А, передається фекально-оральним (можливо, повітряно-крапельним) шляхом; характеризуються початковими загально-токсичними і диспепсичними симптомами, переважним ураженням печінки, у деяких хворих з порушенням його пігментної функції (жовтяниця). Щорічно хворіє гепатитом А, понад 1,4 мільйона людей у всьому світі. Заражені гепатитом А, люди не отримують хронічну форму захворювання, на відміну від гепатитів В і С. У них може бути печінкова недостатність і загальне виснаження, що призводить до летального результату [1].

Гепатит А зустрічається у всіх країнах світу. Інфекційну природу захворювання вперше встановив Сергій Боткін у 1883 році; до цього хвороба була відома як "катаральна жовтяниця" і вважалася неінфекційною. Джерелом інфекції є пацієнти з безсимптомною, субклінічною формою інфекції, пацієнтами з інкубацією, продромальними періодами, а також у початковій фазі початку захворювання, у фекаліях, які виявляють вірус гепатиту А або антигени вірусу гепатиту А. Найбільш епідеміологічно важливими є пацієнти з витираними та несоїстими формами гепатиту А, кількість яких може бути в 2-10 разів більше, ніж кількість пацієнтів з жовтяничними формами, і виявлення вимагає застосування комплексних вірусологічних і імунологічних методів, які не є широко доступними на практиці. Провідний механізм зараження гепатитом А - фекально-оральний, реалізується за допомогою водних, харчових і контактано-побутових способів передачі.

Особливе значення має водний шлях для передачі інфекції, що забезпечує виникнення епідемічних спалахів гепатиту. Можливий "крово-контактний" механізм передачі вірусу гепатиту А у випадках порушення асептичних правил під час парентеральних маніпуляцій протягом періоду вірусу у хворих на гепатит А. Наявність повітряно-крапельного шляху

передачі точно не встановлено. Поширена сприйнятливості до гепатиту А. Найчастіше захворювання реєструється у дітей старше 1 року (особливо у віці 3-12 років) і у молодих людей. Гепатит А характеризується сезонним збільшенням захворюваності в літньо-осінній період. Спостерігається також циклічне збільшення захворюваності на 3-5, 7-20 років, що пов'язано зі змінами імунної структури популяції господаря вірусу. Повторні захворювання гепатиту А рідкісні і пов'язані, ймовірно, з інфекцією іншого серологічного типу вірусу [1,2].

Застосування фізичної реабілітації перешкоджає прогресуванню запального процесу безпосередньо в печінці і розвитку ряду ускладнень, властивих хворим на гепатит А, що досягається за рахунок застосування спеціальних фізичних вправ, дієтотерапії, масажу. Пацієнти покращують своє самопочуття, прискорюючи обмін речовин. Також з використанням фізичних вправ відбувається попередження ускладнень з боку інших систем.

Метою роботи є розробка програми фізичної реабілітації при гепатиті А.

Виходячи з мети роботи були сформульовані **завдання дослідження**:

- надати клініко-морфологічну характеристику гепатиту А за даними наукової літератури
- розкрити особливості фізичної реабілітації при гепатиті А
- розробити програму фізичної реабілітації хворих на гепатит А.

Об'єктом дослідження є особливості фізичної реабілітації хворих на гепатит А.

Предмет дослідження – методи та засоби фізичної реабілітації хворих на гепатит А.

Новизна роботи полягає в розробці програми фізичної реабілітації хворих на гепатит А на основі комбінації методів і засобів фізичної реабілітації, що скорочує час і покращує якість одужання хворих.

Практична цінність. Практична значимість роботи визначається комплексним підходом до фізичної реабілітації хворих на гепатит А на всіх

етапах реабілітаційного процесу. Запропонована програма фізичної реабілітації може бути використана в практиці фахівців з фізичної реабілітації, фізичної культури і спорту, в роботі реабілітаційних центрів.

Робоча гіпотеза: передбачається, що використання запропонованої мною програми фізичної реабілітації хворих на гепатит А підвищить ефективність процесу відновлення (скоротить терміни етапів реабілітації, покращить якість відновного лікування).

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВГА - вірусний гепатит А

ЛФК - лікувальна фізична культура

ПЛР – полімеразна ланцюгова реакція

ІФА – імунноферментний аналіз

РОЗДІЛ 1. АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1 Загальна характеристика гепатиту А

Вірус гепатиту А - Ентеровірус типу 72, належить до роду Enterovirus сімейства Picornaviridae, діаметр 28 нм (рис. 1)

Геном вірусу представлений ондонитчатим РНК (рис. 1). Передбачається, що існують два серотипу і кілька варіантів і штамів вірусу. Вірус інактивується при 100 ° С протягом 5 хвилин, при 85 ° С протягом 1 хв. Чутливий до формаліну і УФ, відносно стійкий до хлору, не інактивується хлороформом і ефіром. Вірус гепатиту А дуже стійкий до навколишнього середовища: він може зберігатися протягом декількох тижнів або декількох місяців при кімнатній температурі і протягом декількох років при 4 ° С. [2,3].



Рис.1. Геном вірусу гепатиту А

Проникаючи в організм, збудник надходить у лімфу і кров, що циркулює протягом короткого часу. Максимальні концентрації вірусу в крові виявляються в кінці інкубаційного періоду і до періоду жовтяниці. У цей час вона виділяється з організму з калом. Від крові вірус потрапляє в печінку; його введення в гепатоцити призводить до порушення внутрішньоклітинних метаболічних процесів, у тому числі і в мембранах гепатоцитів, що прискорює їх загибель. Інкубаційний період триває 3-4 тижні. Вірусний гепатит А виникає як гостра циклічна хвороба і характеризується

послідовною зміною в кілька періодів, продромальним (доісторичний період), підйомом (жовтяничним) і періодом реконвалесценції [3].

1.1.1 Етіологія та патогенез гепатиту А

Гепатит А - відноситься до гострих інфекційних захворювань кишечника, збудником якого є вірус, стійкий до факторів навколишнього середовища. Прихований період при гепатиті А коливається від двох тижнів до півтора місяців. Це гостра циклічна інфекція, що характеризується чіткою зміною періодів. Після зараження вірусом гепатиту А з кишечника проникає в кров, з'являється вірус, що викликає розвиток токсичного синдрому в початковий період захворювання, що супроводжується інфекцією в печінці. В результаті введення і реплікації вірусу виявляють прямий цитолітичний вплив на гепатоцити, запальні і нефібротичні процеси розвиваються переважно в перипортальній зоні печінкових часточок і портальних трактів. Через складні імунні механізми, реплікація вірусу припиняється, і вона виводиться з організму людини. Хронічні форми інфекції, включаючи віруси при гепатиті А, розвиваються вкрай рідко [4,5].

Перебіг:

- гладкий, негладкий (ускладнений);
- гострий, затяжний (у 10%). Можливі у 6-10% рецидиви.
- Хронічний перебіг невідомий.

ВГ А з проявами жовтяниці ділиться на 3 стадії:

- переджовтянична форма;
- жовтяничний період;

період спаду жовтяниці – стадія виздоровлення.

Перший період триває 1-2 тижні. Спостерігається порушення в процесі травлення, втрата апетиту, утворення пухирів, дискомфорт в животі, слабкість, порушення сну, болі в області серця, болі в кістках і суглобах, кашель, нежить. Температура субфебрильна - 37-38°C. Відзначається збільшення печінки, яка стає чутливою до пальпації. Сеча темного кольору, вона містить жовчні пігменти і уробілін. Кал приходить у вигляді сірої глини. У крові спостерігається велика кількість білірубіну, моноцитозу та еозинофілії.

Другий період захворювання триває 2-3 тижні. У цей період поліпшується самопочуття деяких хворих, знижується температура. Спочатку з'являється пожовтіння склери, пізніше - шкіра. Печінка стає ще більше, пульс рідкісний, артеріальний тиск низький; Хворобливий свербіж тривоги. Існує білірубінемія, лейкопенія, лімфоцитоз, моноцитоз, ХНН сповільнюється. Згортання крові знижується внаслідок зменшення кількості протромбіну. Збільшується кількість глобулінів, і особливо гамма-глобулінів, знижуються альбуміни, зменшується кількість холестерину в крові. Випаровування багате жиром, тому що при відсутності жовчі процеси розпаду в кишечнику прискорюються. Кал не містить стеркобуліну, сеча містить жовчні пігменти, білок, циліндри, але уробілін відсутній, тому що жовч не проникає в дванадцятипалу кишку. Всі функції печінки - вуглеводні, жирові, білкові, антитоксичні - порушені. У цей період спостерігаються також порушення нейропсихічної сфери (адинамія, головний біль, безсоння). Можуть з'явитися запальні процеси жовчовивідних шляхів, викликані вірусом або іншими патогенами, які сприятливі для їх розвитку [5]. Вважається, що саме нейропсихічні зміни визначають клінічну картину та тяжкість перебігу вірусного гепатиту. Різні психічні розлади при вірусному гепатиті А спостерігаються протягом усього захворювання і є одним з його обов'язкових проявів. Згідно з літературою, специфічною психопатологічною особливістю вірусного гепатиту є депресія, але під час спаду жовтяниці іноді може спостерігатися ейфорія, що викликає труднощі в лікуванні таких

хворих. Крім того, афективні розлади необхідно вивчати як фактор, який може впливати на формування «внутрішньої картини захворювання» і визначати особливості пацієнта[5].

Астенічний розлад є одним з типових проявів гострого періоду вірусного гепатиту (ВГ); було також зазначено, що прояви астенії можуть зберігатися після зникнення жовтяниці і виписки хворого з лікарні. Вважалося, що ці прояви свідчать про неповноті відновлення, хоча можуть мати і психогенне походження. Згідно з сучасними уявленнями, вірусний гепатит є важливим фактором ризику постменопаузального астенічного синдрому.

У стадії загоєння починається зниження печінки. Разом з тим поліпшується загальний стан хворих, з'являється апетит, зникає свербіж, сеча стає світлішою і виділяється більшою кількістю. Зникає безсоння, млявість. Ознаки ВГА можуть бути легкими, помірними і важкими. З легенями, або амбулаторними формами, вовчиця недовговічна і майже не проявляється в стані здоров'я хворих. Якщо хвороба тяжко протікає, пацієнти гальмуються, засинаються, перебувають у стані приголомшливого. Виражена жовтяниця. Всі функції печінки істотно порушені, селезінка збільшена. Можливий розвиток печінкової коми.

У більшості випадків вірусний гепатит А закінчується відновленням. Іноді це може стати хронічним через пізню госпіталізацію, порушення гігієнічного та дієтичного режиму, споживання алкогольних напоїв, додавання вірусу до групи гастроентероліту та ін.

У хворобі виникає ускладнення: панкреатит, холецистит, холангіт, гостра печінкова дистрофія та її цироз. Хвороба важка і з ускладненнями у дітей, вагітних, з захворюванням серцево-судинної системи[5].

Таблиця 1.

Критерії важкості ВГА

критерій	Легка форма 50-60% хворих	Середньо-тяжка 30-40%	Тяжка форма 1-3%
Лихоманка	Короткочасна	фебрильна	фебрильна
Інтоксикація	Слабовіражена	Помірно виражена	Різко виражена
Жовтяниця	Помірна	Від помірно вираженої до значної	Виражена
Гепатомегалія	Помірна	До 5 см нижче реберної дуги	Різко виражена
Тривалість жовтяничного періоду	7-10 днів	10-14 днів	14-21
Вміст загального білірубіну	До 85 мкмоль/л	85-200 мкмоль/л	170-200 мкмоль/л
Вільна фракція білірубіну	25 мкмоль/л	До 50 мкмоль/л	Більше 50 мкмоль/л
Активність АлТ, АсТ	Підвищенна на 5-10	Підвищенна 10-15	Підвищенна 15-30
Протромбіновий ієдекс	На межі норми	Знижений до 60-70%	Знижений до 50-60%
Тимолова проба	Помірно підвищена	Значно підвищена	Значно підвищена

1.1.2 Форми гепатиту А

Класифікація форм гепатиту А.

1. форма: типова (жовтянична);
2. атиповий (безсимптомний, бурхливий або блискавичний у 0,04-0,4% хворих);
3. період: початковий (продромаль у дітей 5-8 днів, менше 12), розгорнуті клінічні прояви (жовтяничні форми у дітей до 6 років менше 10%, у віці 6-14 років - 40-50 років); %, у літніх 14 р. 70-80%, безсимптомних форм у 60-70% дітей до 6 років, тоді як у дорослих лише 10-25%), реконвалесцентів.
4. По тяжкості: легкі, середні і тяжкі ступені [6,7].

Клінічна класифікація гострого вірусного гепатиту А:

Клінічна форма:

- жовтяничний;
- жовтяничний цитолітичний (типовий);
- жовтяничний цитолітик з холестатичним синдромом;
- іктерична холестатична (атипова).
- безсимптомний;
- субклінічний;

За ступенем суворості:

- Легка;
- Помірно важка;
- Важкий ступінь.

Протягом курсу:

- Гострий циклічний - до 3 місяців;
- Гострий тривалий - 3-6 місяців.

Жовтяниця з холестатичним синдромом. Зафіксовано у 2-2,5% хворих. Він характеризується всіма симптомами, характерними для жовтяничної форми АГА, але з більш тривалою і важкою жовтяницею і свербінням шкіри, тобто є ознаки холестази і цитолізу одночасно.

Жовтяниця нетипова форма. Це відбувається досить рідко, переважно в препубертатний і пубертатний вік. Клінічні та біохімічні ознаки цитолізу мінімальні, інтоксикація відсутня, але є стабільний холестаз, характеризується яскравою жовтяницею, свербінням шкіри, порушеннями пігменту і жировим обміном печінки. Відзначається низька температура, в гемограмах - лейкоцитоз і нейтрофілоз, підвищена ШОЕ. Подібні зміни в гемограмі можуть відбуватися не в типовому вигляді, ні в присутності холестатичного компонента.

Суха форма. Він зустрічається у дітей 2-3 рази частіше, ніж жовтянична форма. Він характеризується всіма симптомами і синдромами типової форми, крім жовтяниці, але їх прояв менш чіткий, хвороба протікає в легкій формі і триває 2-3 тижні.

Субклінічні (безсимптомні) форми. У субклінічній формі спостерігається помірне підвищення трансферази і наявність у крові специфічних антитіл. Пацієнти з цими формами становлять 25-30% і більше всіх пацієнтів. Зазвичай цей діагноз встановлюється при плановому обстеженні контакту в клітинах АНА. Клінічні ознаки, крім гепатомегалії, відсутні, скарги не представлені пацієнтами. У непаразній формі тільки виявлення анти-HAV IgM вказує на факт інфікування. У більшості випадків ці форми діагностуються під час імунобіохімічних досліджень, під час обстежень для діагностики інших захворювань (кишкові інфекції), планових обстежень певних категорій (медичний персонал, працівники громадського харчування тощо), або виявляються невизнаними, а не реєструються, а пацієнти не є ізольованими, що представляє серйозну епідеміологічну загрозу. Типовими є всі випадки з появою жовтяничного фарбування шкіри і видимих слизових оболонок. За тяжкістю розрізняють легкі, середні і важкі форми. Атипові випадки (анестезовані, еродовані, субклінічні гепатити) не мають частки тяжкості, оскільки вони завжди розглядаються як легкий гепатит. Тяжкість клінічної форми захворювання визначається в початковий період, але не раніше максимальної клінічної симптоматики вірусного гепатиту; при

цьому враховуються прояви початкового (попередньо жовте) періоду. При оцінці і тяжкості враховують тяжкість загальної інтоксикації, жовтяницю, а також результати біохімічних досліджень.

Легка форма. Зустрічається у половини хворих і проявляється як короткочасне поміrne підвищення температури тіла або субфебриліта, слабо виражені ознаки інтоксикації, незначні суб'єктивні скарги під час початку хвороби, поміrne збільшення печінки. Перебіг захворювання циклічний і доброякісний. Тривалість жовтяничного періоду становить близько 7-10 днів. У сироватці вміст загального білірубину не перевищує 85 мкмоль / л (при нормі до 17 мкмоль / л), а вільний - 25 мкмоль / л (при стандартному 15 мкмоль / л), індекс протромбіну в межах норми, зразок тимолу помірно підвищений, активність печінково-клітинних ферментів перевищує норму в 5-10 разів. Розмір печінки нормалізується на 25-35-й день. У 5% дітей хвороба проходить тривалий курс.

Середньо тяжка форма. Він зустрічається у 30% хворих і проявляє помірні симптоми інтоксикації. Перебіг захворювання гладкий .. Симптоми інтоксикації зберігаються до 10-14-го дня хвороби, жовтяниця - 2-3 тижні, в середньому 14 ± 5 днів. Значення жовтяниці - від помірного до значного. Печінка болюча, її край щільний, діє від краю дуги 2-5 см. Часто селезінка збільшена. Кількість сечі помітно знижується. У сироватці рівень загального білірубину коливається від 85 до 200 мкмоль / л, включаючи некон'югований (непрямий) - до 50 мкмоль / л. При великій перманентності протромбіновий індекс знижується (до 60-70%). Активність печінково-клітинних ферментів перевищує норму в 10-15 разів. Функція печінки повністю відновлюється на 40-60-й день хвороби. Довговічність відзначається лише у 3% дітей.

Важка форма гепатиту А зустрічається рідко, не більше ніж у 1-3% хворих. У цій формі яскраво виражені явища загальної інтоксикації та жовтяниці. Симптоми початкового (продромального) періоду мало відрізняються від тих з помірними захворюваннями (блювота, млявість, анорексія). Однак з появою жовтяниці симптоми інтоксикації не тільки не

послаблюють, але навіть можуть посилюватися. Спостерігаються апатія, млявість, анорексія, запаморочення, повторна блювота, брадикардія, носові кровотечі, геморагічний висип і значне зниження діурезу. Печінка різко збільшена, її пальпація болюча, збільшена селезінка. Вміст білірубину в сироватці більше 170-200 мкмоль / л, при некон'югованому (непрямому) білірубіні - більше 50 мкмоль / л, протромбіновий індекс знижується до 50-60%, активність гепатоцелюлярних ферментів підвищується 15 -30 разів. У сироватці завжди можна знайти підвищену активність AlAT, AsAT, F-1-FA та інших ферментів печінки; підвищені показники вмісту тимолу та ліпопротеїнів. Часто спостерігається короткочасне збільшення кон'югованого (прямого) білірубину в 1,5-2 рази проти норми.

У 20% хворих з перевіреним гепатитом А. зустрічається нездушна форма. У субклінічній формі клінічні прояви повністю відсутні. Діагноз встановлюється тільки в біохімічному дослідженні дітей, які контактують з хворими на вірусний гепатит. Найбільш важливі для діагностики таких форм підвищеної активності ферментів (ALT, AST, F-1-FA та ін), рідко - позитивний тест тимолу. Ймовірно, підтверджує діагноз дет утворення антитіл IgM до кровоносних судин у сироватці. Є підстави вважати, що в клітині інфекції гепатиту А більшість дітей переносять неадекватні форми, які, залишаючись непоміченими, підтримують епідемічний процес.

При холестатичній формі на передньому плані у клінічній картині з'являються симптоми механічної жовтяниці. Є підстави вважати, що ця форма хвороби не має клінічної незалежності. В основі його розвитку лежить затримка жовчі на рівні жовчних проток. За статистикою, синдром холестази при гепатиті А зустрічається рідко - не більше ніж у 2% хворих і, як правило, у дівчаток в препубертатний і пубертатний період.

Провідним клінічним симптомом гепатиту А з холестатичним синдромом є виражений і тривалий (30-40 днів і більше) застійна жовтяниця і свербіж шкіри. Часто жовтяниця має зеленуватий або затінений відтінок, але іноді навіть може бути відсутній, тоді переважає свербіж шкіри. Симптоми

інтоксикації не виражені, печінка трохи збільшена, сеча темна, стілець забарвлений. У сироватці вміст білірубину зазвичай є високим, виключно за рахунок прямої фракції. Активність гепатоцелюлярних ферментів знаходиться в межах норми або трохи збільшена. Відбувається збільшення рівня загального холестерину, ліпопротеїдів, лужної фосфатази. Перебіг гепатиту А з холестатичним синдромом хоча і тривалий, але завжди сприятливий. Хронічний гепатит не формується. Гепатит А може бути гострим і затяжним, хладком без захостування, із захостенням, і з ускладнень з боками жовчних шляхів і призначених інтеркурентних законів. Хостра форма гепетиту А спостеричається в 95% дітей, історичних важливих гепатитом А. П. хострому перебику бувають випадки зі особливим швидким знакомінням клінічних симптомів, кожнн взагалі клінічна одужання і нормалізації функціональної стан печинки. У дітях загальна тривалість хворих людей і укладений в тимчасом рами хостеро гепатиту (2-3 міс), але протягом 6-8 тишень після законня жовтяниці можуть залишитись чи чи іншим скаргим (порушені аптеки, неприємні відмінності, неповна нормалізація функцій печинки та ін. Ці випадки можливе роз · глядаты як пробували реконвалесценцію. Подальшій перебику хвороби в ці дітей так буває доброякісним. Формування хронічного гепатиту не спостерихається. Затяжний перебіг супроводжується клінічними, біохімічними і морфологічними ознаками активного гепатиту тривалістю від 3 до 6 місяців і більших. Початки симптомів у хворих при затяжному перебізі практично не відрисуються від таких видів гепатитів. Порушення циклічності виявляється лішею в постжовтяничному періоді. При залишається збитковою печінкою, іноді і селезінкою. У сироватці крові активністч печінково-клінічних ферментів не може витяти тенденції до нормалізації. Однак затяжний гепатит А завжди закінчується видужанням.

Перебіг з загостренням. Під загальним рівнем посилення клінічних ознак гепатиту і похищенню функцій печінки на їх зберігся патологічний процес в печінці. Загострення відрізняється від рецидиву тим що виникає

збільшення печінки, селезінки та виникнення жовтяниці. Як захист, так і рецидивів завжди передують активність печинково-клінічних ферментів. У всіх дітей рецидивом вважається приєднання іншого виду гепатиту, таких як гепатит В та С. Прорив вірусів у віллу циркуляцію з подальшим ураженням нових гепатоцитів.

Перебіг з ураженням жовчних шляхів. При гепатити А поразка жовчних шляхів завищує проявився дискітетическімі явищами за гіпертонічним типом. Вони виняють прі буд-яких формах гепатиту А, в першій різько виражені при середньозатяжній формі, особисто в хворих з холестатичним синдромом. Клінічне ураженність жовчних шляхів може проявлятися симптомами, владними холестатичними формами хворих, але нерідько протікає без виразних симптомів і діагностичної за різальтами лабораторного дозрілення. У більності пацієнтів дискінетичні порушеноння жовонних шляхів програміт без буд-якого ликування, в миру ліквідації симптомів хепатиту А. Загальна тривалисть хвороби в більшости випадків вкладений в рамки гострого гепатиту А.

Перебіг з приєднанням інтеркурентних інфекцій. У окремих хрових приєднуються інші інтеркурентні інфекції, здатні до спалаху печінки, збиранні активними печіночно-клінічними ферментами. Інтеркурентні захорювання завищують не хороший ітосний вплив на вираженість клінічних прояв та функціональних порушень, а також виховання хворих на вітчизняних гепатиту А. можливих одужань з підвищеною віддаленістю структур; одужання з анатомічних дефектами (залишковий фіброз) або формування різних ускладнень з боком жовкових шляхів та гостродуоденальной зони. Одужання з повним відновленням структур і функцій печінки - найбільш часта реакція гепатиту А. Морфологічною основною гепатомегалії є залишковий фіброз печінки при підвищенні дистрофічних зміни гепатоцитів. Поразку жовчних шляхів потрібно правильно трактувати, як не якусь реакцію, а як ускладнення гепатиту А в резетативній активації мікробної флори. Клінічне ураження жовчних шляхів

проявляються різними скаргами: на болі в правому підребер'ї, нудоту, блювоту. Як правило, скарги в історії з'являється 2-3 випадки перенесеного гепатиту А. У більшості пацієнтів визначається поетапна виробництво і гепатобілярна патологія, нерідної аномалії розвитку жовтого міхура.

Перебіг гепатиту А з холестатичним синдромом, хоча і тривалий, але завжди сприятливий. Хронічний гепатит не утворюється.

Гепатит А може бути гострим і тривалим, гладким без загострення, з загостреннями, а також ускладненнями з боку жовчних шляхів і додаванням інтеркурентних захворювань.

Гостра форма гепатиту А спостерігається у 95% дітей з перевіреним гепатитом А. У гострих випадках спостерігаються випадки з особливо швидким зникненням клінічних симптомів, коли до кінця 2 - 3-го тижня хвороби відбувається повне клінічне одужання та функціональний стан печінки нормалізується. У дітей загальна тривалість захворювання, хоча й потрапляє в терміни гострого гепатиту (2-3 місяці), але протягом 6-8 тижнів після зникнення жовтяниці може бути одне або інші скарги (порушення апетиту, неприємні відчуття) \ t в печінці, рідше - збільшення селезінки, неповна нормалізація функції печінки і т.д.). Ці випадки можна розглядати як тривалу реконвалесценцію. Подальша хвороба у цих дітей також є доброякісною. Формування хронічного гепатиту не спостерігається.

Тривалий курс супроводжується клінічними, біохімічними та морфологічними ознаками активного гепатиту тривалістю від 3 до 6 місяців і більше. Початкові прояви захворювання із затяжним курсом практично не відрізняються від тих, що виникають при гострому гепатиті. Порушення циклічності відбувається лише в постжелтушний період. У той же час печінка, а іноді і селезінка, залишаються збільшеними протягом тривалого часу. У сироватці активність печінкових клітинних ферментів не може виявити жодної тенденції до нормалізації. Проте затяжний гепатит А завжди закінчується відновленням.

Курс загострюється. Під загостренням розуміють посилення клінічних ознак гепатиту і погіршення функції печінки на тлі патологічного процесу в печінці. Загострення слід відрізняти від рецидиву - рецидиву (після періоду відсутності видимих проявів захворювання) основного симптомного комплексу у вигляді збільшення печінки, селезінки, жовтяниці, можливого підвищення температури тіла тощо. у вигляді нездорового варіанту. Як загострення, так і рецидиви завжди передують збільшенню активності печінково-клітинних ферментів. Всі діти з "рецидивом" гепатиту А зазвичай визначають додавання інших гепатитів В, С та інших. Основною причиною загострення є активація вірусу у людей з функціональними порушеннями імунної системи гіпосупресивного типу, що призводить до неповної елімінації інфікованих гепатоцитів і подальшого прориву вірусу у вільний обіг з подальшим пошкодженням нових гепатоцитів.

Потік з ураженням жовчних проток. При гепатиті А поразка жовчовивідних шляхів зазвичай проявляється як явище дискінетичного гіпертонічного типу. Вони виникають у будь-якій формі гепатиту А, але більш виражені в помірній формі, особливо у хворих з холестатичним синдромом. Клінічно пошкодження жовчних шляхів може проявлятися всіма симптомами характеру Теристична форма холестазу захворювання, але часто відбувається без виразних симптомів і діагностується за результатами лабораторного дослідження. У більшості хворих дискінетичні порушення біліарного тракту відбуваються без будь-якого лікування, з усуненням симптомів гепатиту А. Тривалість захворювання в більшості випадків знаходиться в рамках гострого гепатиту.

Перебіг взаємопов'язаних інфекцій. У деяких пацієнтів, з додаванням інтеркурентних інфекцій, спостерігається деяке збільшення печінки, підвищення активності гепатоцелюлярних ферментів. Інтеркурентні захворювання зазвичай не роблять істотного впливу на ступінь вираженості клінічних проявів і функціональних порушень, так як під час хвороби спостерігаються віддалені ефекти гепатиту А. \ t

В результаті гепатиту А можливе одужання при повному відновленні структури печінки; відновлення від анатомічних дефектів (залишковий фіброз) або утворення різних ускладнень з боку жовчних шляхів і гастродуоденальної зони. Відновлення з повним відновленням структури та функції печінки - найчастіший результат гепатиту А. Остаточний фіброз або відновлення з анатомічним дефектом (постгепатична гепатомегалія) - тривале або довічне збереження збільшення печінки з повною відсутністю клінічних симптомів та змін у лабораторії результати тестування. Морфологічною основою гепатомегалії є залишковий фіброз печінки з повною відсутністю дегенеративних змін у гепатоцитах. Поразка жовчних шляхів більш правильно трактується не як результат, а як ускладнення гепатиту А в результаті активації мікробної флори. Клінічно пошкодження жовчних шляхів проявляється різними скаргами: болями в правому підребер'ї, нудотою, блювотою. Як правило, скарги у пацієнтів з'являються через 2-3 місяці після переданого гепатиту А. У більшості хворих визначається комбінована гастродуоденальна і гепатобіліарна патологія, часто з порушенням розвитку жовчного міхура [6,7, 8].

1.2 Основні принципи реабілітації хворих на гепатит А

Лікувальна фізична культура є одним зосновних засобів фізичної реабілітації, вправи ЛФК покращують відкладення глікогену в печінці, дуже добре збільшують кровообіг в черевній порожнині, набагато покращують рівень загального холестерину, ліпопротеїдів, лужної фосфатази. Фізкультурні вправи з незначним навантаженням покращують усі види обміну речовин і покращують зменшення залишкових запальних явищ. Оскільки посилюється кровопостачання в черевній порожнині ступінь васкуляризації печінкових часток значно змінюється. Набагато збільшується

кількість жовчних капілярів, дуже сильно змінюється нуклеїновий синтез за рахунок концентрації РНК це визначає основну функцію печінки. Якщо підсилено стимулювати екстракардіальні фактори кровообігу вправами лікувальної фізичної культури це значно сприяє покращенню гемодинаміки. Прискорення артеріального і венозного кровотоку, збільшення кількості циркулюючої крові забезпечують поліпшення окислювально-відновних процесів в жовчовивідній системі, сприяють усуненню в ній запального процесу і підвищенню його функціональної здатності [10,11].

Застосування різних гімнастичних і дихальних вправ, що викликають подальше збільшення і зниження внутрішньочеревного тиску, здійснює "масаж" всіх органів черевної порожнини. Безсумнівно, також активні фізичні вправи тонізують жовчний міхур, жовчний проток і сфінктер Одді. Тому регулярні вправи мають не тільки терапевтичну, але й важливу профілактичну цінність [11].

Під час фізичних вправ включені захисні та адаптивні механізми, а формування компенсацій виникає як прояв здатності організму функціонувати в умовах патології. Під впливом механічних факторів (абдомінальне м'язове скорочення, перистальтика кишечника, глибока екскурсія діафрагми) внаслідок здійснення фізичних вправ жовчний міхур стискається і спорожняється, зникають явища метеоризму.

Фізичні вправи при деяких формах порушення вуглеводного обміну сприяють формуванню компенсації зменшення утворення глікогену печінки за рахунок підвищення глікогеносинтетичної функції м'язів [11,15]. Вправи на розслаблення м'язів знижують збуджуючий тонус центральної нервової системи, сприяють прискоренню відновлення, особливо після напруги м'язів. Ці вправи знижують тонус не тільки беруть участь у розслаблюючих м'язах, але й (рефлекторно) і гладких м'язах внутрішніх органів. Вправи з розслаблення ефективні для зниження підвищеного тону м'язів шлунка і кишечника, усунення спазмів воротаря шлунка і сфінктера.

Дихальні вправи, крім своєї основної функції - поліпшення вентиляції і газообміну, безпосередньо впливають на дигести ве органів. Дихальні вправи з переважанням діафрагмального дихання, ритмічно змінюючи внутрішньочеревний тиск, роблять як би масажують дію на печінку, шлунок, кишечник. Внаслідок цього збільшується виведення жовчі з печінки, перистальтика шлунка і кишечника. Ці вправи також благотворно впливають на кровообіг в черевній порожнині, покращують венозний відтік і зменшують застійні явища в травній системі. При вдиханні кров досягає серця переважно з печінки, а при видиху - з верхньої порожнистої вени [12].

Одним з ефективних засобів фізичної реабілітації є лікувальний масаж, який при хронічному гепатиті призначають при загостренні процесу для нормалізації вегетативної нервової системи, усунення застій жовчі і профілактики утворення жовчних каменів, стимуляції тонуусу жовчних шляхів. при гіпокінетичній формі дискінезії і видаленні спазму в гіперкінетичній формі; поліпшення крово- і лімфообігу в печінці та інших органах травлення, активізують моторно-евакуаторну функцію кишечника [15,16].

Забезпечуючи різнобічний вплив на організм, масаж, насамперед, нормалізує збудливо-гальмівні процеси центральної нервової системи, покращує профілактичні процеси в шкірі, надає загальне посилюючу дію на м'язову систему і сухожильно-зв'язковий пристрій, стимулює кровообіг, лімфообіг, обмінні процеси в організмі. При хронічному гепатиті призначають класичний і сегментарно-рефлекторний масаж. Масаж печінки і жовчного міхура має стихійний характер [11,13,16].

Фізіотерапія є важливою складовою комплексної терапії та реабілітації хворих на хронічний гепатит. Обґрунтовано застосування фізіотерапії при хронічному гепатиті, оскільки фізичні фактори в рефлекторних і гуморальних шляхах змінюють функціональний стан регуляторних систем і трофічних тканин. Вони сприяють поліпшенню кровообігу і лімфи, регулюють секреторну функцію, стимулюють процеси регенерації.

Фізіотерапевтичні процедури мають спазмолітичну, седативну дію, підвищують жовчоутворення і виділення жовчі. Використовуючи фізичні фактори в умовах патогенетичної терапії, при виборі найбільш відповідного (адекватного) методу необхідно враховувати початковий стан пацієнта, який залежить від індивідуальної реактивності, стадії тяжкості каталітичного процесу, функціонального стану або органічні розлади з боку уражень тіла, наявність супутніх захворювань, віковий об'єм фізичної культури є одним з основних засобів фізичної реабілітації. Фізичні вправи не тільки сприяють відкладення глікогену в печінці, але, посилюючи кровообіг в черевній порожнині, створюють кращі умови для його харчування, фізична активність підсилює всі види обміну речовин, а також сприяє розсмоктуванню залишкових запальних явищ.

Внаслідок підвищеного кровопостачання, ступеня васкуляризації печінки змінюється кількість жовчних проток в печінковій частці, спостерігається концентрація РНК в клітинах печінки, що свідчить про зміну їх рівня нуклеїнового синтезу, що визначає основна функція печінки. Стимулюючи екстракардіальні фактори кровообігу (груди, діафрагми, ритмічні скорочення і розслаблення скелетних м'язів, рух в суглобах), лікувальна фізична культура сприяє поліпшенню гемодинаміки. Прискорення артеріального і венозного кровотоку, збільшення кількості циркулюючої крові забезпечують поліпшення окислювально-відновних процесів в жовчовивідній системі, сприяють усуненню в ній запального процесу і підвищенню його функціональної здатності [10,11].

Застосування різних гімнастичних і дихальних вправ, що викликають подальше збільшення і зниження внутрішньочеревного тиску, здійснює "масаж" всіх органів черевної порожнини. Безсумнівно, також активні фізичні вправи тонізують жовчний міхур, жовчний проток і сфінктер Одді. Тому регулярні вправи мають не тільки терапевтичну, але й важливу профілактичну цінність [11].

Під час фізичних вправ включені захисні та адаптивні механізми, а формування компенсацій виникає як прояв здатності організму функціонувати в умовах патології. Під впливом механічних факторів (абдомінальне м'язове скорочення, перистальтика кишечника, глибока екскурсія діафрагми) внаслідок здійснення фізичних вправ жовчний міхур стискається і спорожняється, зникають явища метеоризму.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Методи дослідження

У гострому періоді гепатиту А дуже важливою є ультразвукова діагностика, наведена нижче інформація про наявність ультразвукового дослідження при гепатиті і змінах в організмі.

Гострий гепатит А є єдиним типом гепатиту, який має досить яскраву ехографічну картину, але його можна повторити лише з підозрою з високим ступенем надійності.

Зміни в печінці неспецифічні: помірна гепатомегалія, порушена, «розмита» в паренхімі печінки. Такі зміни часто розвиваються навіть у продромальний період, до появи синдрому жовтяниці.

Типовою зміною є значне збільшення лімфатичних вузлів в області печінки, в проекції голови і тіла підшлункової залози. Лімфатичні вузли можуть досягати в

Розміром 20 мм або більше, мають округлу і неокруглу форму. Ці лімфатичні вузли зберігаються відносно тривалий час і можуть визначатися ехографічно навіть після клінічного одужання пацієнта.

Найбільш характерні зміни відзначаються з боку жовчного міхура у вигляді різкого набряку його стінок.

Товщина стінок ІМ може досягати 10 мм і більше, підкреслюється їх ламінарність, іноді визначається зона зниженої ехогенності навколо МС.

Просвітлення ФМ звужується, може бути практично відсутнє, магнітне поле може виглядати як "пухлина" (функціональна "зупинка" МС).

Висновки до розділу 2

Відповідно до мети і завдань дослідження я використовував відповідні та інформативні методи дослідження: аналіз наукової та методичної літератури, клінічні та фізіологічні методи.

РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТ ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1 Особливості комплексної фізичної реабілітації при гепатиті А

В даний час поряд з проблемами етіології і патогенезу, патоморфоз Психологічна та патофізіологічна, все більше уваги приділяється проблемі консервативного лікування на початкових стадіях захворювання, особливо в лікувальній фізичній культурі.

Найбільш ефективна комплексна фізична реабілітація, складовою частиною якої є раціональний моторний режим, лікувальне харчування, природні та попередні фізичні фактори, лікувальна фізична культура, лікувальний масаж [17].

Застосування лікувальної фізичної культури при хронічному гепатиті обґрунтовується здатністю фізичних вправ впливати на функції печінки і жовчних проток і координувати їх діяльність [20]. Лікувальна фізична культура включає пацієнта, який активно бере участь у лікувально-реабілітаційному процесі - на відміну від інших терапевтичних і реабілітаційних методів, де пацієнт зазвичай проходить і медичні процедури виконуються медичним персоналом. Терапевтична фізична культура є одним з ряду терапевтичних методів, дія яких спрямована на активізацію механізмів, і виступає як фізіологічна міра для захисту організму від хвороб. Будь-яка хвороба передбачає наявність в одному і тому ж організмі і протилежно спрямованих компенсаторно-адаптивних явищ, які ілюструють так звані фізіологічні заходи проти хвороби.

Численні експериментальні дослідження вказують на те, що кора головного мозку в поєднанні з підкірковими утвореннями і нервовими центрами довгастого і спинного мозку здійснює контроль за функціями печінки як натще і під час травлення. Наявність складної системи нервово-м'язової регуляції функцій печінки свідчить, з одного боку, про те, що вона високо

адаптується до мінливих умов, з іншого - можливість порушень функцій цієї системи при порушеннях певних регуляторних одиниць.

Враховуючи, що систематична фізична активність сприяє поліпшенню функції центральної нервової системи, лікування хворих із захворюваннями печінки передбачає використання сучасних засобів фізичної реабілітації [20]. Вивчення сучасного стану питання про механізми розвитку органічних і функціональних порушень печінки, з урахуванням того, що він тісно пов'язаний як у фізіологічних, так і в патологічних станах з метаболізмом речовин в організмі, кровообігу, дихання, травлення, виявлено, що захворювання печінки супроводжуються функціональними порушеннями серцево-судинної, дихальної, вегетативної нервової системи та органів травлення [23]. Під час фізичних вправ активізуються безумовно - і умовно-рефлекторні гострі фізіологічні функції, покращується кореляція фізіологічних механізмів, пристосовується організм до росту навантаження, забезпечує функціональну адаптацію пацієнта [24].

3.1.1 Лікувальна фізична культура

Метою ЛФК є залучення пацієнта до активної участі в лікувально-реабілітаційному процесі - на відміну від інших лікувально-реабілітаційних методів, коли пацієнт зазвичай проходить, а медичні процедури виконують медичний персонал. Терапевтична фізична культура входить до числа терапевтичних методів, дія яких спрямована на активацію механізмів, які діють як фізіологічні заходи захисту організму від хвороб.

Основні завдання терапевтичної фізичної культури при хронічному гепатиті на поліклінічній стадії лікування:

- відновлення рівноваги вегетативної іннервації;
- поліпшення та нормалізація емоційного тону хворих, поліпшення їх нервово-психічної сфери;

- відновлення кровообігу в черевній порожнині, поліпшення надходження артеріальної крові до печінки;
- відновлення порушеної обмінно-ферментативної активності печінки, поліпшення синтезу глікогену в печінці і м'язах;
- нормалізація рухової функції жовчовивідних шляхів, жовчного міхура, кишечника і зниження печінкового холестазу;
- нормалізація діяльності серцево-судинної, дихальної систем;
- Посилення впливу на все тіло.

Основні засоби фізіотерапії при хронічних гепатитах на поліклінічній стадії лікування:

- активні гімнастичні вправи - зазвичай розробляються без снарядів, з оболонками, на раковинах; спортивні та прикладні;
- ходьба, ходьба, веслування, плавання тощо;
- ігри - бадмінтон, волейбол, теніс;
- лікувальний масаж
- природні фактори природи - сонячна радіація, повітряна аерація приміщень, повітряні ванни; вода - розтирання, душ, купання в річці, озеро, море.

Основні форми фізичного виховання:

- ранкова гігієнічна гімнастика;
- Лікувальна гімнастика;
- респіраторна гімнастика;
- дозована ходьба;
- Прогулянка по сходах;
- Заняття на велотренажері.

Основними засобами лікувальної фізкультури є активні гімнастичні вправи - зазвичай розроблені без снарядів, з оболонками, на снарядах; спорт-застосовується - ходьба, ходьба, веслування, плавання, гра - бадмінтон, волейбол, теніс. Поряд з фізичними вправами використовуються природні чинники природи - золь радіація, повітряна аерація приміщень, повітряні ванни; вода - розтирання, душ, купання в річці, озеро, море. Серед різних

форм лікувальної фізіотерапії пацієнтів з хронічним гепатитом в умовах стаціонару рекомендується призначити гігієнічну і лікувальну гімнастику, гідроколонотерапію, індивідуальні завдання для самостійних вправ, прогулянки; під час ремісії - ранкова гігієнічна гімнастика, гідроколонотерапія, ходьба, екскурсії, легка фізична робота [22].

Поряд із загальними вправами на розвиток використовуються спеціальні вправи, виконання яких допомагає нормалізувати функцію печінки. При виборі вправ рекомендується чергувати групи м'язів, що беруть участь у фізичних вправах, і, що стосується втоми пацієнта, включати паузи пасивного відпочинку, тривалість яких залежить від ступеня втоми пацієнта [21, 25].

При призначенні ЛФК необхідно обов'язково враховувати всі особливості клінічного перебігу захворювання. При стійкому характері перебігу хронічного гепатиту після постановки діагнозу може бути призначена ЛФК [22]. Режим рухової активності призначаються з урахуванням специфіки клінічного перебігу захворювання та етапів реабілітації. Згідно з рекомендаціями експертів ВООЗ з фізичної реабілітації, виділяють два періоди: лікарняний і післялікарняний, кожен з яких має певні етапи. Перший період включає перший етап реабілітації - стаціонарний (стаціонарний) і післялікарський період - II етап - поліклініка або реабілітація, санаторій і III етап - диспансер. При захворюваннях органів травлення, у тому числі і в патології печінки, виділяють сім режимів рухової активності: стаціонарне клінічне відділення - спальню, спальне ліжко, відділення, вільний; стаціонарне відділення реабілітації - вільне, щадне, доброякісне, навчене, навчене; клініка, профілактична клініка, санаторій - щадний, доброякісний, навчений, навчений [19].

При призначенні фізичних вправ враховується форма хронічного гепатиту (активний або стійкий), його етіологія, оскільки різні форми гепатиту вимагають диференційованого лікування питань методу лікувальної фізичної культури [25].

Пацієнтам з персистируючим гепатитом призначають вправи з поступовим збільшенням амплітуди руху, збільшенням навантаження на м'язи передньої черевної стінки, швидкістю - середньою, число повторень поступово збільшується, інтенсивність навантаження \ t - середній і субмаксимальний.

Пацієнтам з активним гепатитом призначають вправи, пов'язані з розслабленням м'язів черевного преса, амплітуда руху обмежена, темп повільний, інтенсивність навантаження - мінімальна або середня. Не показали цим хворим вправи з оболонками, виражені м'язові напруги. Необхідно звернути увагу на вправи для релаксації, використовувати музичний супровід класів для усунення психоемоційного стресу.

На стадії клініки виділяють три режими рухової активності: щадні, доброякісні, навчені, навчені.

У спонтанному режимі пацієнти займаються ранкової гігієнічною гімнастикою, виконуючи тільки ті вправи, які не викликають болю і втоми. Після виконання комплексу вправ необхідно протягом декількох хвилин спокійно лежати до повного відновлення пульсу.

При поліпшенні стану хворих з 3-4 днями занять гімнастикою проводять за програмою ніжно-тренувального режиму. Завдання лікувальної гімнастики на режим лагідної тренування: підвищення тону центральної нервової системи та посилення її регуляторного впливу на вищі вегетативні центри; поліпшення кровообігу і лімфообігу, трофічні процеси в печінці та інших органах травлення, боротьба з застійними явищами в жовчному міхурі і стимуляція жовчовиділення; навчання для регульованих дихальних вправ; поступова адаптація серцево-судинної системи і всього організму до фізичної активності, включаючи навчання екстракардіальних факторів кровотоку і лімфи.

Початкові позиції тіла лежать, сидять і стоять. Хворі виконують загальнорозвиваючі вправи і спеціальні вправи для м'язів живота - нахил тулуба вперед, назад, в боки, обертання тулуба [19]. Він змінює внутрішньочеревний тиск і покращує відтік жовчі з жовчних шляхів.

Обов'язковим є включення дихальних вправ - діафрагмальне і регульоване дихання. Щільність занять - 54±1, 4%, тривалість - від 20 до 25 хвилин, темп вправ - повільний і середній.

Поліпшується загальний стан, зростає рухова активність пацієнтів і пацієнти переводяться в тренувальний режим.

Завданням режиму тренування є нормалізація діяльності центральної та вегетативної нервової системи; поліпшення виведення жовчі шляхом зміни (збільшення і зменшення) інтраабдомінального тиску; зміцнення м'язів живота, активація функцій травної системи; усунення невротичних розладів; підвищення загального тону організму; розвиток адаптації серцево-судинної системи та апарату кровообігу до фізичної активності; підготовка пацієнта до майбутнього працевлаштування.

3.1.2 Фізіотерапевтичні методи

Основними напрямками застосування фізичних методів немедикаментозного фізичного впливу на етіо-патогенетичні ланки процесу лікування в гепатології спільно з традиційним лікуванням на етапах реабілітації хворих на гепатит А є:

- купірування запального, больового синдромів, стимуляцію регенерації (протизапальні, анагетичні та репаративної-регенеративні методи);
- зниження диспепсичних проявів, стимуляцію функціональної активності гепатоцитів (спазмолітичні і жовчогінні методи);
- корекція метаболічних порушень (пластичні методи);
- корекція імунної дисфункції (імуномодуючі методи);
- зниження проявів інтоксикації і астенизація (антигіпоксичні, тонізуючі та седативні методи).

При запаленні з подальшим розвитком набряку з великим успіхом застосовують магнітотерапію, УВЧ, гальванізацію, при цьому охоплення пацієнтів повинен бути до 100% [27].

При виникненні больового синдрому необхідно впливати на вісцеро-вісцеральні рефлексі. Для цього використовують електрофорез, гальванізацію. Охоплення пацієнтів - до 12-18%. З метою поліпшення мікроциркуляції на внутрішньоклітинному рівні застосовують інтерференційну терапію, охоплюючи 100% пацієнтів. Вплив на репаративні процеси в печінці надає гальванізація, електрофорез і струми Траберта, охоплення хворих повинен бути - 100%.

Основним апаратом для фізичної терапії є багатофункціональний фізіотерапевтичний апарат INTELLECT advanced (виробництво США). Він включає в себе всі сучасні методи електро-, ультразвукової та комбінованої терапії, які дозволяють реалізувати різні фізичні впливи на модульній платформі.

На цьому апараті застосовується імпульсна терапія за програмою «Біль». Характеристики інтерференціальних струмів: несуча частота 2500 Гц, режим безперервний; діапазон частот 5 - 120 Гц; експозиція 30 хвилин; курс 8 - 12 процедур. Використовується також імпульсна терапія за програмою «Набряк хронічний». Характеристики впливу: хвильова форма струму - VMS; режим каналу одиночний; час циклу - безперервне; частота - 5 Гц; наростання струму - 2 сек. (0,5 сек., 2 сек., 5 сек.); тривалість фази 150 мкс (20 - 1000 мкс); експозиція 30 хвилин; курс 5 - 7 процедур.

Для впливу на мікроциркуляцію використовується імпульсна терапія за програмою «Поліпшення мікроциркуляції». Характеристики сигналів: хвильова форма - ток високовольтний; час циклу - 5/5, 4/12, 10/10, 10/20, 10/30, 10/50, де 5/5 - активна фаза / пауза відпочинку; частота 100 Гц; полярність негативна; наростання струму - 2 секунди; уявлення струму - Вольти; експозиція - 15 хвилин; курс - 10-12 процедур.

Також використовуються і фізичні методи магнітотерапії із застосуванням апарату BTL-5000. Характеристики програми: «Великий соляноід» на область печінки і прилеглих органів 60 - 90 мТл, 30 хвилин,

курс 5-8 процедур. «Прямокутні індуктори» 5 - 10 хвилин, експозиція 20 - 30 хвилин, курс 8 - 12 процедур.

Фізичні методи механотерапії із застосуванням апарату SONOPULS 992 передбачають наступні програми:

1. «Ультразвукову терапію» - мікромасаж тканин на клітинному рівні. Частота 880 - 1000 кГц; Інтенсивність 0,4 - 0,8 Вт / см² до 15 хвилин.
2. «Фонофорез» - поєднує вплив УЗ і лікарських препаратів.
3. «Гідрофорез» - поєднує вплив УЗ, імпульсними струмами низької частоти (інтерференція-терапія, струми Траберта, синусоїдально-модульовані струмами) лікарськими препаратами в середовищі фізіогеля.
4. «гальванізації» - напруга 30 - 80 В, експозиція до 40 хвилин, сила струму - 5-50 мА, де А - поперечна методика, а В - сегментарно рефлекторна.[27]

3.1.3 Масаж з гепатитом А.

Одним з ефективних засобів фізичної реабілітації є лікувальний масаж, який при хронічному гепатиті в середньому посилює процес нормалізації вегетативної нервової системи, усунення застій жовчі і запобігання утворенню жовчних каменів, стимуляцію жовчного міхура. тонус бульбашок з гіпокінетичною формою дискінезії і видаленням спазмів з гіперкінетичним; поліпшення метаболізму крові та лімфи в печінці та інших органах травлення, активація рухової та евакуаторної функції кишечника. Маючи різноманітний вплив на організм, масаж, насамперед, нормалізує збуджуючі та гальмівні процеси центральної нервової системи, покращує профілактичні процеси в шкірі, надає загальний посилюючий вплив на м'язову систему і сухожильно-зв'язковий пристрій. , стимулює кровообіг і лімфообіг, обмінні процеси в організмі При гепатиті А р описаний,

класичний, сегментно-рефлекторний масаж. Масаж печінки і жовчного міхура має стихійний характер. Масаж є важливою складовою комплексної терапії та реабілітації хворих на гепатит А. Використання масажу при гепатиті А виправдано, оскільки фізичні фактори є рефлекторними та гуморальними шляхами, змінюють функціональний стан регуляторних систем і трофічних тканин. Вони сприяють поліпшенню кровообігу і лімфи, регулюють секреторну функцію. Масажні процедури мають спазмолітичну, седативну дію, підвищують жовчоутворення і секрецію жовчі.

Використовуючи фізичні фактори в умовах патогенетичної терапії, при виборі найбільш відповідного (адекватного) методу необхідно враховувати початковий стан пацієнта, який залежить від індивідуальної реактивності, стадії тяжкості каталітичного процесу, функціональні або органічні порушення з боку уражень тіла, наявність супутніх захворювань, вікові особливості. При хронічному перебігу захворювання систематичне комплексне лікування з включенням фізичних факторів сприяє відновленню тривалого перебігу захворювання імунологічної реактивності і відновлення порушених функцій органів. [17]

3.1.4 Дієтотерапія

Гепатит А є інфекційним захворюванням, яке передається фекально-оральним шляхом і характеризується пошкодженням печінки.

При гепатиті А, як і при інших гепатитах, страждає печінка, тобто вона не справляється зі своїми функціями.

Дієта при гепатиті А є головним з лікувальних заходів, що відіграє важливу роль у лікуванні захворювання.

Основні принципи харчування

Дієта гепатиту А повинна забезпечити сприятливі умови для печінки, нормалізувати роботу ураженого органу і жовчних проток, забезпечити

хороші жовчні протоки, а також полегшити і стабілізувати роботу інших органів травного тракту, які беруть участь в інфекційному процесі. при гепатиті А.

Крім того, дієта призначена для регулювання обміну жирів і метаболізму холестерину, а також функції накопичення глікогену в печінці.

Згідно таблиці лікування за Певзнером, дієта з гепатитом А відповідає таблиці № 5. Загальна характеристика таблиці за добу:

- білки 90-100 гр;
- жир 80-100 гр.
- вуглеводи 350-400 грам.
- Енергетична цінність таблиці відповідає 2800-3000 ккал.

Слід мати на увазі, що при дієті необхідно зменшити кількість тваринного жиру, так як вони збільшують навантаження на печінку і хологенний шлях в 2 рази.

Режим харчування

Харчування з гепатитом А має бути дробовим, до 5-6 разів на день невеликими порціями.

По-перше, принцип дробовості пов'язаний з відсутністю або зниженням апетиту у пацієнта і призначений для стимулювання апетиту, а по-друге, невеликі, але часті порції їжі не створюють підвищеного навантаження на печінку, забезпечуючи тим самим його нормальне функціонування і здатність боротися з інфекцією.

Обмеження солі

Кількість солі, що споживається при гепатиті А, повинна бути обмежена 4 грам. день. Перш за все це пов'язано з тим, що хлорид натрію викликає затримку рідини в організмі, а, отже, і набухання. По-друге, рідина, яка затримується в організмі, гасить сечовидільну систему, мінімізуючи процес детоксикації (виведення токсинів з організму і продуктів розпаду збудника).

Режим температури

Оптимальний температурний режим в раціоні з гепатитом А відповідає іншим таблицям лікування, тобто температура їжі повинна бути в межах 15-60 ° С (не холодна і не гаряча). Він максимально зберігає печінку, не дратує шлунок і стабілізує роботу підшлункової залози.

Рідина

При гепатиті А слід використовувати вільну рідину від 2 до 2,5 літрів у вигляді бульйону з стегон і трав, чорної смородини, слабого чаю. Така кількість рідини, з одного боку, забезпечує детоксикацію організму, а з іншого - порушує апетит пацієнта.

Алкоголь

При описаному захворюванні вживання алкоголю усувається протягом принаймні 6 місяців. Печінка ще не здатна правильно функціонувати, всі її сили спрямовані на відновлення пошкоджених гепатоцитів, тому алкоголь лише збільшує перебіг гепатиту А.

Заборонені продукти

У дієті з гепатитом А, заборонені продукти, які змушують печінку працювати в посиленому режимі, викликають підвищену жовчну і значну секрецію підшлункової залози.

Також не вітаються продукти, що подразнюють шлунок, сприяють підвищенню газоутворення і ферментації в кишечнику. Всі ці продукти (екстрактивні речовини, тугоплавкі жири, смажені продукти харчування) створюють додаткове навантаження на уражений орган і повинні бути виключені.

Список заборонених продуктів включає:

- свіжий хліб, випічка, особливо здорові, жирні і смажені пиріжки, млинці, млинці;
- Сильні і бурхливі бульйони з м'яса, риби, птиці, грибів та супів з них, а також бамія;

- жирні та жирні сорти м'яса: свинина, яловичина, баранина, птиця, курка з шкірою;
- Жирні Сорти риби: лосось, тунець, палтус, скумбрія, тріска, картопля-сардина.
- будь-яка риба і консерви, всі види ковбас, м'ясні та рибні закуски;
- копчена і солоність (шинка, оселедець і т.д.);
- свинина, баранина, маргарин, майонез;
- всі види птиці, крім курей, побічних продуктів;
- Яйця готуються круто або смажені;
- приправи: перець, хрін, гірчиця, оцет;
- овочі: зелена цибуля, часник, щавель, редька, редька, шпинат, бобові, а також мариновані огірки та мариновані овочі;
- ікра, гриби в будь-якій формі, особливо солоні та мариновані;
- міцний чай, кава, какао, солодкі газовані напої, особливо холодні;
- морозиво, кондитерські креми, торти, тістечка, шоколад;
- високожирний молочний, вершковий, гострий і солоний сир;
- всі страви, приготовані при смаженні.
- дозволені продукти

Продукти, які можна споживати при збереженні гепатиту А дієта повинна мати дві якості.

По-перше, їжа повинна бути легко засвоюваною, по-друге, м'яко впливати на печінку і травний тракт, тобто не перевантажувати свою роботу.

Крім того, їжа повинна містити велику кількість ліпотропних речовин (розчиняти жири), пектин і вітаміни. Їжа не повинна викликати відчуття переповнення шлунка і ваги в області живота, помірно стимулювати жовчовиділення і утворення панкреатичних і шлункових соків.

Лецитин, який утворюється при використанні ліпотропних речовин, сприяє видаленню жиру з печінки. Їжу слід готувати, готувати або пекти.

Список дозволених продуктів включає:

- Вчорашній або сушений хліб, сухе печиво (графіті, крекери):

- супи, приготовані на овочевому бульйоні, з додаванням злаків і вермішелі, а також молочні супи, вегетаріанський суп, борщ;
- м'ясо з нежирних сортів: телятина, баранина без сухожиль і плівок, біла курятина без шкіри, м'ясо кролика і котлети з них, скрині, котлети на пару;
- допускається невелика кількість молочних ковбас;
- Вегетаріанський плов без смаження овочів;
- Каша з гречки, вівсяна каша, краста, пшеничне борошно;
- варені макарони, вермішель;
- нежирні види риби: окунь, хек, камбала, петрушка у вареній або печій формі;
- білкові омлети, яйця дозволяють розігріватися не більше 2 разів на тиждень;
- пудинги, запіканки, суфле з сиром, макарони, рис, рулети, голубка, раугу;
- овочі: буряк, морква, капуста, огірки, кабачки, гарбуз;
- свіжі і варені у вигляді пюре і компотів, солодкі і зрілі плоди і ягоди (полуниця, яблука, банани, дині, полуниця, персики);
- молочні та овочеві соуси, сметанный соус, фруктовий соус;
- дозрівання кропу і петрушки;
- солодкий: пастоподібний, мед, джем, меренги;
- морепродукти у вареній формі;
- закуски: ікра з цукіні, розливу риби, оселедець з начинкою з молока;
- нежирне молоко та молочні продукти, сири, сири нежирних і несолоних сортів;
- Рафінована рослинна олія, овочеві салати;
- щільний чай з молоком або лимоном, трав'яні чаї, бульйон з бульйонами, висівки, свіжоприготовані соки з овочів і некислі ягід і фруктів.

Необхідність дієти

Дієта для гепатиту А є практично єдиною лікувальною мірою для цього захворювання.

Дотримання таблиці лікування полегшує симптоми захворювання, прискорюючи процес відновлення. Крім того, дієта з гепатитом А стимулює апетит у пацієнта, який часто відсутній для цієї інфекції.

Також дієта стабілізує і нормалізує роботу не тільки печінки, але і всього шлунково-кишкового тракту. Високий вміст вітамінів у їжі покращує настрій, підвищує життєздатність і стимулює імунітет.

Наслідки недотримання дієти

У разі недотримання дієти можуть виникнути наступні ускладнення:

- гепатомегалія (збільшена печінка);
- перехід хвороби в блискавичну форму, яка небезпечно смертельна;
- печінкова недостатність. [26]

3.2 Програма фізичної реабілітації при гепатиті А

На поліклінічному етапі лікування, хворих самостійно відвідує заняття та виконує вправи під чітким наглядом реабілітолога. Також на поліклінічному етапі виділяють три режими занять: щадний, щадно-тренуючий та тренуючий.

На кожному із етапів певне навантаження та порядок вправ.

На щадному режимі з хворим виконують дихальні вправи, ранкову гімнастику, та вправи при яких у хворого не має неприємних відчуттів.

Висхідні положення на цьому режимі: лежачи та сидячи. Дихальні вправи направлені на діафрагмальне дихання, щоб масажувати печінку.

Послідовність виконання дихальних вправ:

Робимо носом вдих надуваємо живіт, на декілька секунд затримуємо дихання, потім робимо повний видих. Повторюємо 10-15 разів.

Ранкова гімнастика складається з декількох вправ, для збереження тону організму.

Висхідні положення: сидячи та стоячи.

Обов'язково слідкуємо за тиском.

Щадно-тренуючий режим характеризується збільшенням навантаження додаються загально розвиваючі вправи та темп виконання вправ збільшується.

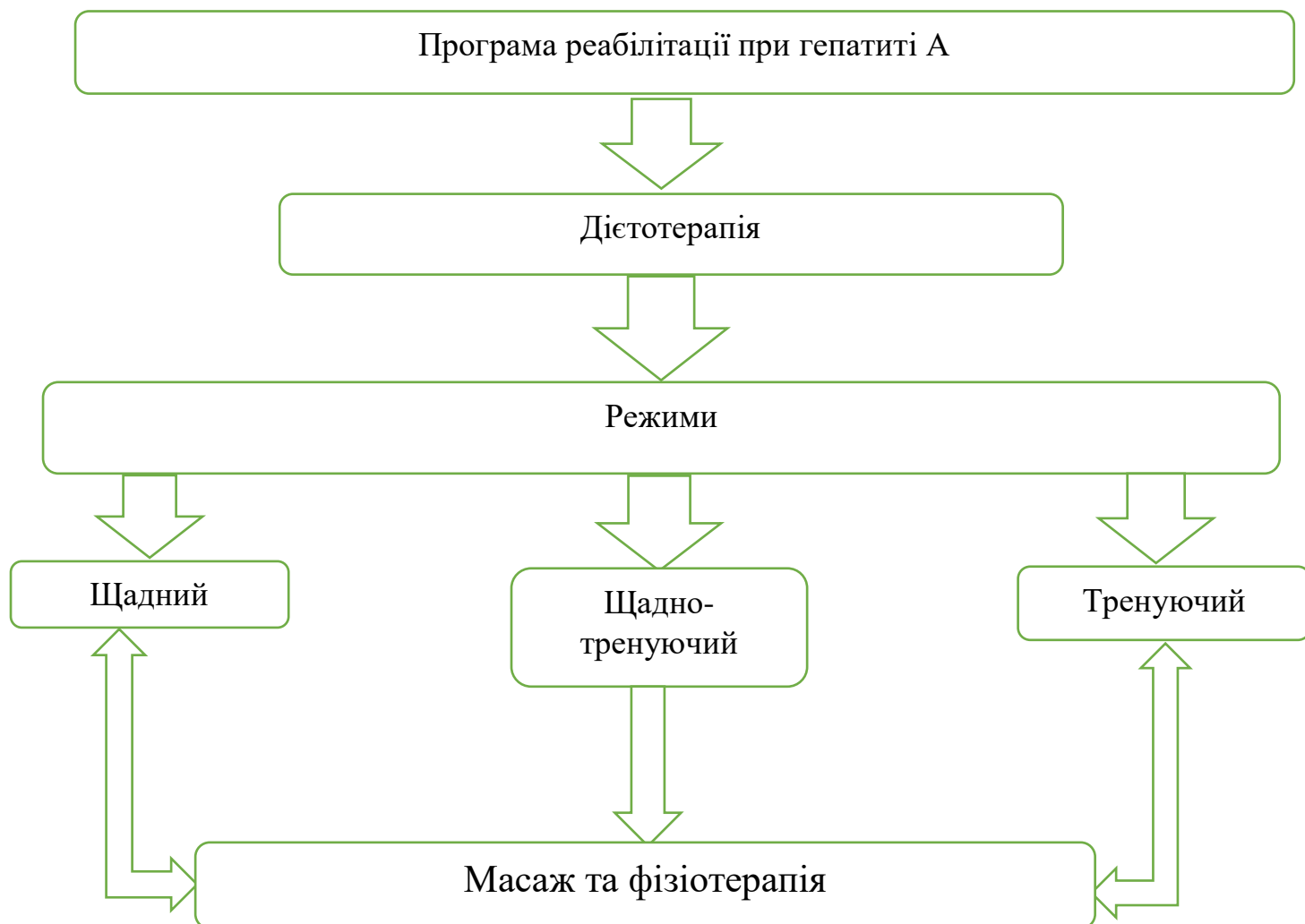
На цьому етапі виконуємо дихальні вправи, вправи для зміцнення серцево-судинної системи, та травної системи. Також виконуємо спеціальні вправи для живота.

На тренуючому режимі збільшується інтенсивність вправ, підвищується навантаження, виконуємо вправи у всіх положеннях лежачи, сидячи, стоячи. Також на цьому етапі йде підготовка до трудової діяльності.

На всіх етапах реабілітації застосовуємо додаткові методи реабілітації такі , як масаж та фізіотерапевтичні засоби.

Найкраще для людини застосовувати всі методи реабілітації в певному порядку. Наприклад кожного дня застосовуємо ЛФК, та чергуємо через день масаж з фізіотерапією. В такому порядку збільшується ефективність дії на організм людини і вона швидше повернеться до нормального способу життєдіяльності.

Однак найголовнішою складовою програми реабілітації є дієта. Без слідкування за харчуванням всі дії не будуть мати ефекту, і людина тільки нашкодить сама собі.



1. Поліклінічна стадія хворих на хронічний гепатит повинна бути комплексною, індивідуально підбраною для кожного пацієнта, мати системний характер і впливати на загальні і специфічні реакції організму. Завдяки функціональному стану печінки, ЛФК передбачає поступову адаптацію до тягара повсякденного життя, а також подальшу підготовку серцево-судинної системи.
2. Основні форми ЛФК: ранкова гігієнічна гімнастика (РГГ), ЛГ, дозовані прогулянки (курс здоров'я), мобільні ігри, вправи на різних тренажерах, гімнастика у воді. Кожна з форм ЛФК має свої особливості, залежно від

характеру компонентів його фізичних вправ, і, відповідно, в тій чи іншій мірі важлива для різних типів хронічного гепатиту.

3. Лікувальна гімнастика в клініці, в основному, виконується в груповому методі. Класи включають в себе вправи для всіх груп м'язів і суглобів, в поєднанні з ритмічним диханням, рівноважними вправами, увагою і координацією рухів.

4. Отримані нами дані рекомендується використовувати у практичній роботі фахівців з фізичної реабілітації в медичних закладах лікувальних, гастроентерологічних та інфекційних профілів та у навчальному процесі для студентів дисциплін фізичного виховання з дисципліни «Фізична реабілітація в клініці внутрішні хвороби ».

3.2.1 Поліклінічний режим

На стадії клініки виділяють три режими рухової активності: щадні, доброякісні, навчені, навчені.

У спонтанному режимі пацієнти займаються ранкової гігієнічною гімнастикою, виконуючи тільки ті вправи, які не викликають болю і втоми. Після виконання комплексу вправ необхідно протягом декількох хвилин спокійно лежати до повного відновлення пульсу.

При поліпшенні стану хворих з 3-4 днями занять гімнастикою проводять за програмою ніжно-тренувального режиму. Завдання лікувальної гімнастики на режим лагідної тренування: підвищення тону центральної нервової системи та посилення її регуляторного впливу на вищі вегетативні центри; поліпшення кровообігу, лімфообігу, трофічних процесів в печінці та інших органах травлення; боротьба з застійними явищами в жовчному міхурі і стимуляцією жовчовиділення; навчання для регульованих дихальних вправ; поступова адаптація серцево-судинної системи і всього організму до фізичної

активності, включаючи навчання екстракардіальних факторів кровотоку і лімфи.

Початкові позиції тіла лежать, сидять і стоять. Хворі виконують загальнорозвиваючі вправи і спеціальні вправи для м'язів живота - нахил тулуба вперед, назад, в боки, обертання тіла [9]. Він змінює внутрішньочеревний тиск і покращує відтік жовчі з жовчних шляхів.

Обов'язковим є включення дихальних вправ - діафрагмальне і регульоване дихання. Щільність занять - 54±1, 4%, тривалість - від 20 до 25 хвилин, темп вправ - повільний і середній.

Поліпшується загальний стан, зростає рухова активність пацієнтів і пацієнти переводяться в тренувальний режим.

Завданням режиму тренування є нормалізація діяльності центральної та вегетативної нервової системи; поліпшення виведення жовчі шляхом зміни (збільшення і зменшення) внутрішньочеревного тиску; зміцнення м'язів живота, активація функцій травної системи; усунення невротичних розладів; підвищення загального тону організму; розвиток адаптації серцево-судинної системи та апарату кровообігу до фізичної активності; підготовка пацієнта до майбутнього працевлаштування.

Висновок до розділу 3.

Беручи до уваги всі фактори та методи реабілітації можна зробити висновок, що застосовучи вище перераховані методи в правильній послідовності та з дотриманням всіх порад реабілітолога, дотримання режиму харчування програма реабілітації буде дуже ефективна.

РОЗДІЛ 4. ОХОРОНА ПРАЦІ В ГАЛУЗІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

4.1. Вимоги з охорони праці при роботі в кабінетах лікувальної фізкультури

1. Вимоги до залу ЛФК. Підлога має бути рівною, теплою щільною та такою, що не чинить опір ударам; мати неслизьку та зручну для очищення поверхню. На підлозі повинні лежати ковдри. Підлога повинна легко митися, та також слід передбачати прибирання за допомогою пилососів. Стіни повинні відповідати вимогам шумо- і теплозахисту; підлягати легкому прибиранню та миттю; мати оздоблення, що виключає можливість поглинення чи осадження отруйних речовин, колір інтер'єрів має відповідати вимогам технічної естетики, батареї повинні бути в нішах під вікнами і закриті захисними сітками чи ґратами. Для повітрообміну обов'язкова наявність припливно-витяжної вентиляції із подачею повітря на одну людину, що займається, не менше 80 м³ за год. До складу приміщень повинні входити допоміжні приміщення: роздягальня, туалет, кімната для викладачів ЛФК.

2. Мікрокліматичні умови характеризуються такими показниками:

- температура повітря (оптимальна величина у холодний період 19-21 °С, у теплий період 21-23 °С; допустима величина у холодний період верхня межа 21-23 °С, нижня 12-15 °С; у теплий період верхня межа 27-29 °С, нижня межа 17-18 °С);
- відносна вологість повітря (оптимальна величина у холодний та теплий період 60-40 %; допустима величина у холодний період – 75%, у теплий –

65% при температурі 26 0 С);

- швидкість руху повітря (оптимальна величина у холодний період 0,2 м/с; у теплий – 0,3 м/с; допустима величина у холодний період не більше 0,3 м/с, у теплий 0,4 –0,2 м/с.

3. Освітлення. Зал повинен мати пряме природне освітлення (вікна) та штучне освітлення лампи розжарювання. Норма для залу ЛФК: штучне освітлення не менше 300лк. Природне освітлення КПО верхнє – 4%, бокове – 1,5 %.

4. Вимоги пожежної безпеки. Зал ЛФК повинен відповідати вимогам пожежної безпеки та бути оснащеним первинними засобами пожежогасіння згідно НАПБ А.01.001-2004 “Правила пожежної безпеки в Україні”.

5. Одяг, взуття. Одяг та взуття у людей, що займаються, повинне бути легке, спортивне, зручне, відповідати гігієнічним вимогам.

6. Вимоги до спортивного інвентарю. До спортивного інвентарю повинні входити: шведська стіна, тренажери, обручі, гімнастичні драбини, м'ячі, стрічки, робочі лави, стільці, стіл. Спортивний інвентар повинен бути в робочому стані та відповідати всім необхідним вимогам.

4.2.Інструкція з охорони праці при роботі в кабінетах лікувальної фізкультури.

I. Загальні положення:

1. При вступі на роботу працівник проходить вступний і первинний інструктажі з охорони праці, підтверджуючи це своїм підписом у контрольному листі роходження інструктажу з охорони праці.
2. Застосовувати спец. одяг, спец. взуття й інші засоби індивідуального захисту по призначенню і не виносити їх за межі кабінету.
3. Не допускати на робоче місце осіб, що не мають відношення до виконуваної роботи.

4. Вміти робити долікарську допомогу постраждалим.
5. виконувати тільки ту роботу, з якої пройшов навчання, інструктаж з охорони праці і допущений начальником відділення.
6. Виконувати вимоги техніки безпеки.
7. Доповісти начальнику відділення про замічені несправності спортивного устаткування кабінету ЛФК (розбита арматура світильників, відкритий або зламаний електророзподільний щит) та інших порушеннях вимог безпеки, а також про нещасні випадки на ділянці роботи кабінету ЛФК.

II. Вимоги безпеки перед початком роботи

1. Перед початком роботи інструктор повинен:
 - одержати інструктаж з охорони праці (зав. кабінетом) при виконанні нових видів робіт і зміни умов праці;
 - надіти спец. одяг та інші встановлені для даного виду робіт засоби індивідуального захисту;
 - упорядкувати робоче місце, прибрати всі предмети, що заважають роботі, спортивне устаткування розташувати у встановленому місці, зручному і безпечному, для користування, порядку;
 - перевірити наявність і справність спортивних снарядів устаткування кабінетів ЛФК;
 - включити місцеве освітлення і перевірити справжність вентиляції;
 - повідомити зав. відділення ЛФК про всі замічені несправності і без її вказівки не приступати до роботи.

III. Вимоги безпеки під час виконання роботи

1. Під час роботи інструктор повинен:
 - здійснювати постійний нагляд за справністю устаткування, звертаючи особливу увагу на наявність і справність спортивного інвентарю кабінетів ЛФК не застосовувати несправне устаткування;

- утримувати в порядку і чистоті робоче місце, не допускати захащення;

- бути уважним, не відволікатися і не відволікати інших.

2. У випадку поганого самопочуття інструктор повинний припинити роботу, привести робоче місце в безпечний стан, звернутися по допомогу до лікаря.

IV. Вимоги безпеки в а аварійних ситуаціях

При замічених несправностях застосовуваного устаткування й інвентарю або створення аварійної обстановки при виконанні робіт інструктор повинен припинити роботу, попередити працюючих про небезпеку; негайно попередити начальника відділення і сприяти усуненню аварійної ситуації, а також розслідуванням з метою розробки протиаварійних заходів. Інструктор може робити усунення самих невідкладних несправностей із суворим дотриманням вимог безпеки, викладених в інструкції з охорони праці; при нещасних випадках з людьми зробити їм долікарську допомогу, негайно довести до відома начальника відділення, зберегти обстановку при якій відбувся нещасний випадок.

Вимоги з охорони праці до умов проведення масажу

При проведенні масажу необхідно дотримуватися наступних вимог з охорони праці. Приміщення для проведення масажу повинне бути сухим, світлим (освітленість 120 – 150 лк), обладнано притічно-витяжною вентиляцією, яка забезпечує 2-3-кратний обмін повітря за годину. Бажано мати окремий масажний кабінет з площею близько 18 м². У ньому повинні знаходитися:

□ стійка масажна кушетка, оббита дерматином, з підкладкою з поролону або шару морської трави (по можливості з трьома рухомими площинами та електропідігрівом) завдовжки 1,85 – 2 м, шириною 0,5 – 0,6 м, заввишки 0,5 – 0,7 м.;

- ☐ круглі валики, оббиті дерматином, завдовжки 0,6 м, діаметром 0,25 м;
- ☐ столик для масажу, оббитий дерматином, розмірами 0,8х0,6х0,35 м;
- ☐ шафа для зберігання чистих простирادل, халатів, рушників, мила, тальку, масажних приладів, апаратів, лампи солюкс і інших необхідних пристосувань, що використовуються при масажі;
- ☐ аптечка першої допомоги, в якій знаходяться: вата, стерильні бинти, спиртовий розчин йоду, лейкопластир, вазелін борний, дезинфікуюча мазь, нашатирний спирт, камфорно-валеріанові краплі, мазі, розтирання, присипки, еластичний бинт;
- ☐ раковина з підведенням холодної та гарячої води.

Пол в кабінеті повинен бути дерев'яним, пофарбований або покритий лінолеумом, температура повітря в масажному кабінеті – 20 – 22 °С, відносна

вологість – не вище 60 %. У кабінеті бажано мати пісочний або процедурний годинник, апарат для вимірювання артеріального тиску, секундомір, динамометр кистьовий, магнітофон.

Масажист повинен дотримувати гігієнічні вимоги, коротко стригти нігті, при жирній шкірі рук використовувати поживні креми. Слід мити руки водою температури 18 – 20 °С. Одяг повинен бути просторим, на руках не повинно бути предметів, які можуть травмувати шкіру пацієнта, а взуття повинне бути на низькому каблучці. Слід вибрати найзручнішу робочу позу, зберігати правильний ритм дихання, працювати обома руками, залучаючи до роботи тільки ті м'язи, які виконують даний прийом масажу.

ВИСНОВОК

1. В останні роки спостерігаються значне зростання і поширення хвороб печінки. Надзвичайно широке поширення у всіх країнах світу отримала така хвороба, як гепатит А.

2. Одним з основних принципів реабілітації гепатологічних хворих є обмеження медикаментозного навантаження на печінку в зв'язку зі зниженням в ній активності основних метаболічних систем. Це визначає актуальність пошуку немедикаментозних методів реабілітації хворих з захворюваннями печінки.

3. Рухова терапія (кінезотерапія), як метод патогенетичної терапії, є одним з найважливіших засобів відновного лікування хворих з різними формами хронічних гепатитів.

4. Виходячи з характеру функціональних порушень, при гепатиті А слід використовувати засоби фізичних вправ седативного дії, використання сприятливих методик рухової терапії.

5. Основними засобами фізичної реабілітації при гепатиті А є лікувальна фізична культура, гідро-кінезотерапія і дихальні вправи, які надають стимулюючий вплив на імунну та природні механізми регуляції організму хворих.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації/ За ред. проф. О.В. Тяжкої/ Видання 3 – тє.- Вінниця: Нова Книга, 2009. – 1136с.: Іл.
2. Наказ МОЗ № 354 від 09.07.2004 “Протоколи діагностики та лікування інфекційних хвороб у дітей”.
3. Подымова С.Д. Болезни печени. Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1998. — 704 с.
4. Майер К. Гепатит и последствия гепатита. — М.: Гэотар Медицина, 1999. — 432 с.
5. Крамарев С.А. Клинико-патогенетические аспекты фармакотерапии острых вирусных гепатитов // Фармакологічний вісник. — 1999. — № 4. — С. 45-49.
6. «Диагностика и лечение болезней органов пищеварения», Григорьев Н.Я., Яковенко Е.С, Спб., «Сотис», 1997 г
7. «Заболевания органов пищеварения», Рысс Е.С., Спб., «Мед.информ.агенство», 1995 г.
8. Инфекционные болезни у детей: учебник. Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Шамшева О.В. 2013. - 688 с.: ил.
9. Інформація по реабілітації інваліда - візочника, спинальників та ін. Джерело: https://auram.ru/pages/profilaktika/reab_posle_zabol/page_31.htm

10. Бабов К.Д., Беличенко Т.А. и др. Немедикаментозные технологии лечения в гепатологии // Медицинская реабилитация, курортология, физиотерапия. – 1999. - № 3. – С. 38 – 43.
11. Башняк В.В. Мануальна терапія живота. – Луцьк: Надстир'я, 1993. – 104 с.
12. Вардимиади Н.Д., Машкова Л.Г. Лечебная физическая культура при хронических заболеваниях печени и желчных путей. – К.: Здоровье, 1985. – 56 с.
13. Глезер О., Далихо В.А. Сегментарный массаж: Перев. с немецкого. – М.: Медицина, 1965. – 125 с.
14. Денисюк В.Г. та ін. Захворювання печінки та жовчних шляхів / В.Г. Денисюк, Н.М. Сердюк, П.М. Вакалюк. – К.: Здоров'я, 1987. – 32 с.
15. Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни: Учебник. – М.: Медицина, 1999. – 592 с.
16. Немедикаментозное лечение в клинике внутренних болезней / Под ред. Л.А. Серебриной, Н.Н. Сердюка, Л.Е. Михно. – К.: Здоров'я, 1995 – 528 с.
17. Пархотик И.И. Физическая реабилитация при заболеваниях органов брюшной полости. – К.: Олимпийская литература, 2003. – 223 с.
18. Барановский А.Ю. Реабилитация гастроэнтерологических больных в работе терапевта и семейного врача. – СПб.: Фолиант, 2001. – 416 с.
19. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура / Учебное пособие для вузов. – М.: Издат. дом "ГЭОТААМЕД", 2002. – 100 с.
20. Ивашкин В.Т., Буеверов А.О. Токсический гепатит, вызванный отравлением суррогатами алкоголя // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2007. – № 1. – С. 4–8.
21. Мухин В.М. Физическая реабилитация. Учебник. – К.: Олимпийская литература, 2001. – 402 с.
22. Пархотик И.И., Сельтов Я. Н., Чорний В. В. Физические упражнения в программе восстановительного лечения больных с дисфункцией билиарного

тракта // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – Харків. – 2011. – №6. – С. 102 – 106.

23. Шарафанов А.А. Лечебная гимнастика при заболеваниях органов пищеварения, мочеполовой системы и ожирении. – Ставрополь: Кн. Изд-во, 1988. – 3-е изд., перераб. и доп.– 169 с.

24. Шашель В.А., Холопов А.П., Талапов И.В. Восстановительное лечение хронических заболеваний органов пищеварения. – Краснодар: Периодика Кубани, 2003. – 360 с.

25. Яблонская В.Б. Медицинская реабилитация больных с функциональными отклонениями желчевыделительной системы // Медицинская реабилитация, курортология, физиотерапия, 2007. – № 3. – С. 20 – 24.ПСИ

26. Интернет джерело: Diagnos.ru, 2002-2019. Все права защищены.

27. Павлов А.И., Шакула А.В., Лавров Г.К. Физическая терапия в реабилитации больных с хроническими неинфекционными гепатитами // Физиотерапевт. – 2015.- № 6. – с. 48-53.